

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00199 vom 9. Dezember 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00199](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00199)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00199 du 9 décembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00199 del 9 dicembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1963, meldete sich erstmals am 12. Januar 2006 (Eingangdatum) unter Hinweis auf Panikattacken, Depressionen, chronische Rücken- und Nackenschmerzen sowie Weichteilrheuma bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1). Nachdem die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen getätigt und insbesondere eine Haushaltsabklärung durchgeführt hatte (Urk. 8/9), sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 5. Juli 2006 mit Wirkung ab 1. Dezember 2005 gestützt auf einen IV-Grad von 47 % eine Viertelsrente zu (Urk. 8/18; Verfügungsteil 2, Urk. 8/11).

Im Rahmen der von Amtes wegen eingeleiteten Revision (vgl. Revisionsfragebogen, Urk. 8/19) im Jahr 2007 wurde die Rente unverändert bestätigt (Mitteilung vom 24. April 2007, Urk. 8/24). Mit Schreiben vom 1. Juli 2008 ersuchte die Versicherte um Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 8/25). Nachdem die IV-Stelle nach getätigten Abklärungen mit Vorbescheid vom 8. Dezember 2008 die Abweisung dieses Gesuches in Aussicht gestellt hatte (Urk. 8/32), erhob die Versicherte Einspruch (Urk. 8/34), woraufhin die IV-Stelle weiter abklärte und eine Haushaltsabklärung durchführte (Urk. 8/47). Mit Verfügung vom 6. April 2010 erhöhte die IV-Stelle die Viertelsrente mit Wirkung ab dem 1. April 2009 auf eine halbe Rente (Urk. 8/57; Verfügungsteil 2, Urk. 8/55). Die hiergegen am 19. Mai 2010 erhobene Beschwerde am hiesigen Gericht (Urk. 8/61) wurde nach Antrag auf Rückweisung durch die IV-Stelle (Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2010, Urk. 8/67) mit Urteil vom 6. August 2010 in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zur erneuten Abklärung zurückgewiesen wurde (Urk. 8/68).

Die IV-Stelle holte daraufhin das polydisziplinäre Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2012 ein (Urk. 8/79; Beantwortung der Rückfragen vom 26. März 2012,

Urk. 8/81) und stellte mit Verfügung vom 7. September 2012 die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats ein (Urk. 8/96).

Mit Schreiben vom 17. Dezember 2012 ersuchte die Versicherte um Arbeitsvermittlung durch die IV-Stelle (Urk. 8/98), was mit Verfügung vom 11. März 2013 abgelehnt wurde (Urk. 8/101).

### **E. 1.2**

Am 14. März 2018 (Eingangdatum) meldete sich die Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 8/104). Nachdem mit Vorbescheid vom 13. April 2018 das Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht gestellt wurde (Urk. 8/106),

tätigte die IV-Stelle nach Eingang des Einwandes vom 4. Mai 2018 ( Urk. 8/107; ergänzende Einwandbegründung vom 14. Juni 2018, Urk. 8/111) Abklärungen und holte insbesondere den Haushaltsabklärungsbericht vom 15. März 2019 ein ( Urk. 8/124). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 8. Juli 2019, Urk. 8/126; Einwand vom 9. September 2019, Urk. 8/132) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. Februar 2020 ab ( Urk. 2).

## **E. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte am 23. März 2020 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr eine ganze, eventueliter eine Dreiviertelrente zuzusprechen. Eventueliter sei die Beschwerde gegen sie zu verpflichten, eine polydisziplinäre Begutachtung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu veranlassen, welche insbesondere auch die vom Bundesgericht entwickelten Standardindikatoren berücksichtigte. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwältin Yolanda Schweri als unentgeltliche Rechtsvertreterin. Mit Beschwerdeantwort vom 14. April 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk.

### **E. 2.1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 2.1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 2.2.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 2.2.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 2.2.3**

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ist unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität (vgl. Art. 28a IVG) zur Anwendung gelangt (BGE 144 I 21 E. 2.2). Die in einem bestimmten Zeitpunkt massgebende Methode der Invaliditätsbemessung präjudiziert die künftige Rechtsstellung der versicherten Person somit grundsätzlich nicht (vgl.

BGE 117 V 198 E. 3b, 113 V 273 E. 1a, 104 V 148; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 27 f. zu Art. 30–31 ).

#### **E. 2.2.4**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden

Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungssprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 3.

Im Rahmen des mit Verfügung vom 7. September 2012 (Urk. 8/96) abgeschlossenen Revisionsverfahren hatte die IV-Stelle eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung vorgenommen und in dessen Rahmen insbesondere das Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2012 eingeholt (Urk. 8/79, vgl. auch Urk. 8/81). Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet somit die Verfügung vom 7. September 2012. 3.1

Die Verfügung vom 23. Mai 2012 stellte aus medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Y.\_\_\_\_ Gutachten vom 8. Februar 2012 ab (vgl. Feststellungsblatt vom 23. Mai 2012, Urk. 8/88). 3.1.1

Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ notierten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/79/20): - Capsulitis

adhaesiva links (ICD-10 M75.0) - Periarthropathia

humero-scapularis - sekundäre, überlastungsbedingte Tendinitis lange Bicepssehne rechts - muskuläre Dysbalance vom Schulter-/Nackengürteltyp - Anamnestisch rezidivierende depressive Störung, zurzeit leichten Grades (ICD-10 F33.0) - Panikstörung (ICD-10 F40.0) - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge vom kindlich affektgesteuerten, ängstlich vermeidenden Typ (ICD-10 Z73.1)

Als weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit listeten sie folgende auf: - Chronisches seit Jahren therapieresistentes cervical- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom - Beginnende altersentsprechende degenerative Wirbelsäulenveränderungen - Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung sowie muskuläre Dysbalance vom Schulter- wie auch Beckengürteltyp - Chronifizierungsproblematik mit Schmerzfehlverarbeitung und Schmerzgeneralisierung mit Übergang in multilokuläres Schmerzsyndrom Typ Fibromyalgie - Intermittierendes leichtes Carpaltunnelsyndrom möglich - Grosszehengrundgelenksarthrose beidseits - Spreizfussdeformität - Diabetes mellitus (Erstdiagnose Oktober 2007), primär insulinpflichtig, aktuell unter oralen Antidiabetika - Rezidivierende Analfissuren, Status nach Fissurektomie und partieller Sphinkterotomie Dezember 2004, anamnestisch Proctalgia

fugax und Anismus

Die Gutachter führten in der Konsensbeurteilung aus (Urk. 8/79/23

ff.), dass aus intern-medizinischer Sicht keine relevanten Diagnosen zu stellen seien, ausser einem Diabetes mellitus, der primär insulinpflichtig gewesen sei und aktuell oral mit Antidiabetika behandelt werde. Der Verlauf sei günstig.

Aus rheumatologischer Sicht sei zusammenfassend festzuhalten, dass lediglich aufgrund der im Vordergrund stehenden Schulterpathologie links eine Funktionsbeeinträchtigung beschrieben werden müsste, währenddem das generalisierte Schmerzsyndrom mit auch vorliegendem Panvertebralsyndrom und multilokulärer Schmerzkomponente nicht funktionsbehindernd sei. Die Schulterpathologie links sei mit einer deutlichen Funktionseinschränkung, insbesondere was Funktionen über der Horizontalen sowie mit einer vermehrten Retroversion angehe, verbunden. Diese Symptome und Einschränkungen bestünden im Rahmen einer Capsulitis

adhaesiva. Als sekundäre Erscheinung und im Rahmen einer Überlastung liege im Weiteren eine objektivierbare Tendinitis der langen Bizepssehne mit entsprechenden Endphasenschmerzen vor allem bei Anteversion und Retroversion der rechten oberen Extremität vor, während keine Hinweise auf ein Impingement oder eine andere negative Rotatorenmanschettenpathologie objektiv feststellbar sei. Die Untersuchung des linken Schultergelenkes habe sich schwierig gestaltet, dies aufgrund der deutlichen Schmerzfixation und Behinderungszugung sowie Zeichen einer Schmerzverdeutlichungstendenz mit teilweise ungewöhnlichem Schmerzverhalten, so dass bei der Schultergelenksuntersuchung links eine gewisse Selbstlimitierung sicherlich vorliege. Insgesamt sei jedoch bezüglich der linken Schulter an einer fassbaren morphologischen zugrundeliegenden Schulterpathologie nicht zu zweifeln. Bezüglich des multilokulären Schmerzsyndroms Typ Fibromyalgie könnten weiterhin keine fassbaren pathologischen organischen Veränderungen mit Krankheitswert diagnostiziert werden. Das Schmerzsyndrom beziehe sich hauptsächlich auf ein primär cervicolumbales betontes Schmerzsyndrom mit zunehmender panvertebraler Ausweitung. Bezüglich dem Achsenskelett fänden sich beginnende, altersentsprechende degenerative Wirbelsäulenveränderungen im Halswirbelsäulen (HWS) - wie auch im Lendenwirbelsäulen (LWS) - Bereich sowie eine Wirbelsäulen-Fehlform und Fehlhaltung mit muskulärer Dysbalance inkl. myofascialen Schmerzanteilen vor allem im Schulter-Nackengürtel-Bereich und sekundär aufsteigenden occipitalen Kopfschmerzen. Hinweise auf eine anderweitig relevante degenerative oder systemisch entzündlich rheumatologische Erkrankung mit entsprechendem Gelenkbefall lägen nicht vor. Es sei eine eindruckliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und der subjektiv angegebenen Behinderung im Vergleich zur Beobachtung der Beschwerdeführerin vor allem in abgelenktem und unbeobachtetem Zustand festzustellen. Da bei fänden sich keinerlei Hinweise für eine Behinderung oder körperliche Beeinträchtigung. Zu erwähnen sei besonders, dass das längere Sitzen möglich sei, wie auch das flüssige An- und Auskleiden bzw. der Wechsel zwischen den verschiedenen Körperpositionen.

Aus neurologischer Sicht sei auch eine Verdeutlichungstendenz festzustellen. Das Wehklagen über Schmerzen im Bereich des gesamten Rückens sowie der Extremitäten sei aber nie von vegetativen Symptomen wie vermehrtem Schwitzen, Erblassen oder einer Pulserhöhung begleitet worden. Aufgrund der Fehlinnervation habe die grobe Kraft an den oberen und unteren Extremitäten nicht beurteilt werden können. Gegen einen organischen Befund sprächen die unauffällige Trophik sowie der unauffällige Reflexbefund. Anhaltspunkte für ein Carpal tunnel syndrome lägen keine vor. Auch fänden sich keine Hinweise für eine im Rahmen des Diabetes mellitus mögliche Polyneuropathie.

Aus psychiatrischer Sicht sei eine gedrückte Stimmung mit Verlust an Interesse und Freude, einer erhöhten Erschöpfbarkeit, ein leicht verminderter Antrieb, eine Selbstwertproblematik verbunden mit Schuld- und Schamgefühlen und eine pessimistische Zukunftsperspektive und angeblich auch eine erhebliche Schlafstörung festzustellen. Die Hauptdiagnose sei im Bereiche der Ängste zu situieren. Die Beschwerdeführerin leide an einer Panikstörung und berichte dabei nachvollziehbar über ihre Symptome. Diese begännen mit Atemnot, Herzrasen und Vasokonstriktion, verbunden mit einem heftigen Angstgefühl. Es bestesse aber auch eine andauernde Angstsymptomatik mit ängstlicher Anspannung im Sinne einer Befürchtung und Sorge eines Unglücks in der Zukunft, einer andauernden Nervosität und motorischen Anspannung sowie vegetativer Übererregbarkeit, die dann jeweils auch in eine Panikattacke münden. Während der Untersuchung weise sie schnell einen trockenen Mund auf und man sehe im Jugulum-Bereich, dass ihr Herz schneller klopfe. Die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 für die generalisierte Angststörung seien erfüllt. Als Grundlage für diese affektive Problematik sei die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin anzuführen, die eine verminderte Affekt- und Selbstwertregulierung zeige. Sie komme schnell in Aufregung und Dramatisierung. Es sei eine eher kindliche Affektsteuerung festzustellen, so dass ein akzentuierter Persönlichkeitszug mit infantilen Zügen zu diagnostizieren sei. Es sei auch auf eine Diskrepanz hin zuweisen, insofern sie sich selbst als dreckig fühle und darüber beschämt sei, andererseits aber gepflegt und auch manikürt sei. Darauf angesprochen, zeige sich, dass es sich um eine nicht realistische Selbstbeurteilung handle, die auf der innerpsychischen Ebene stattfindet und durch die Realität nicht korrigiert werde. Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10-Kriterien sei auszuschliessen, weil sich die Symptomatik nicht schon in der frühen Jugend und Kindheit nachhaltig negativ auf ihr Leben ausgewirkt habe. Zur Dekompensation sei es erst im Jahre 2004 gekommen. Zu erwähnen sei dabei auch das Schockerlebnis und die damals wahrscheinlich akute Belastungsstörung, die sich bei der Beschwerdeführerin eingestellt habe, als sie Opfer des Erdbebens in der Türkei von 1999 geworden war. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei schwierig. Eine Symptomatik im Sinne einer Nachhall-Erinnerung, vorab aber eine dominierende Angstproblematik sei nicht zu finden. Die

Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei daher nicht gesichert, evtl. habe diese Problematik 1999 bestanden. Bezüglich der Schmerzen sei gemäss ICD-10-Kriterien eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, da eine Komorbidität mit einer anderen psychiatrischen Erkrankung bestehe und die Schmerzen mit somatischen Befunden alleine nicht erklärt werden könnten und sich auch therapieresistent über den ganzen Körper verteilt darstellen. Zudem bestehe eine Tendenz zur Dramatisierung und Katastrophisierung und Selbstlimitierung. Als psychosoziale Belastungsfaktoren lägen das Alter der Beschwerdeführerin, die schlechte sprachliche Integration und die fehlende berufliche Ausbildung sowie eine immer wieder erwähnte Eheproblematik vor.

Aus intern-medizinischer und neurologischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund der linksseitigen Schulterpathologie funktionell beeinträchtigt und es seien ihr repetitive mittelschwere, das Achsenskelett und insbesondere das linke Schultergelenk belastende Tätigkeiten langfristig nicht mehr zumutbar. Auch seien Tätigkeiten über der Horizontalen mit dem linken Arm nicht möglich. In der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin sei sie aus rheumatologischer Sicht als zu 50 %

arbeitsunfähig. Die vorliegende Grunddiagnose der Capsulitis

adhaesiva ( Frozen

shoulder ) habe grundsätzlich eine gute Prognose und deshalb könne bei üblichem Verlauf auch von einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit der linken Schulter ausgegangen werden .

Aus psychiatrischer Sicht sei sie hauptsächlich wegen der affektiven Symptomatik und der Schmerzproblematik in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Diese Beurteilung gelte sowohl für die frühere Tätigkeit als Reinigungsangestellte wie auch für jede andere Hilfstätigkeit. In der Konsensbesprechung seien die Referenten zum Schluss gekommen , dass hinsichtlich der Tätigkeit als Raumpflegerin die rheumatologische Beurteilung der Arbeits- und Leistungseinschränkung massgebend sei. Demzufolge bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr in diesem Bereich, da es als schwer bis mittelschwer das Achsenskelett und insbesondere das linke Schultergelenk belastend einzustufen sei .

Aus rheumatologischer Sicht gelte eine leichte , wenn auch gelegentlich mittel schwere wirbelsäulenbelastende Tätigkeit, die mit dem rechten Arm bzw. mit dem linken nur unterhalb der Horizontalen ausgeführt werde , als angepasst. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Tätigkeit mit viel Routinearbeit, wenig Planung und Arbeiten unter guter Führung angepasst . Die Beschwerdeführerin könne sich grundsätzlich an Regeln und Routinen anpassen, und könne auch Aufgaben planen und strukturieren , solange es sich um einfache repetitive Tätigkeiten handle . Unregelmässige Tätigkeiten zu verrichten verlange eine gute Führung und Überwachung . Sie sei in ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit aufgrund ihrer Angsterkrankung deutlich eingeschränkt. Die fachlichen Kompetenzen allerdings könne

sie als Reinigungsangestellte gut anwenden. Sie habe aber Entscheidungsschwierigkeiten, sowohl wegen der Ängste, als auch wegen der Zweifel und Selbstunsicherheit im Rahmen der depressiven Erkrankung. Grundsätzlich sei die Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptung ebenso wie die Kontaktfähigkeit und Gruppenfähigkeit aufgrund der Affektregulationsproblematik eingeschränkt. Sie sei immer auf das Wohlwollen und das Getragen werden in der Gruppe am Arbeitsplatz angewiesen. Entsprechend sei eine 50%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu attestieren . Bezüglich der Selbsteinschätzung , gar nicht mehr arbeitsfähig zu sein, sei festzuhalten , dass keine derartig schwere psychiatrische Erkrankung vorliege , als dass sie in den Abendstunden nicht ihre frühere Tätigkeit als Reinigungsangestellte ca. 20 Stunden pro Woche (50 % ) realisieren könnte. Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin in diesem Rahmen aufgrund der psychiatrischen Beurteilung zu 50 % beeinträchtigt , womit ihr während 20 Stunden pro Woche zuzumuten sei , eine derartig angepasste Tätigkeit auszuüben. 3.1.2

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. Z. \_\_\_ hielt nach Rückfragen der Beschwerdegegnerin fest ( Urk. 8/81), dass nach nochmaliger Durchsicht der Aktenlage und Besprechung mit dem rheumatologischen Gutachter festgestellt worden sei, dass ausschliesslich für schwere und mittelschwere belastende Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit und in der Tätigkeit als Raumpflegerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, da es sich gemäss dem rheumatologischen Gutachter um keine schwere respektive mittelschwere Tätigkeit handle.

Entsprechend müsse die Konsensbesprechung folgen dermassen korrigiert werden: Es bestehe eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Raum pflegerin. Zudem gelte die psychiatrische Beurteilung in dieser Bemessung nicht additiv. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in anderen Berufen gelte, wie im Gutachten festgestellt, dass sie aus psychiatrischer Sicht zu 50 % eingeschränkt sei, demzufolge ihr während 20 Stunden pro Woche eine Arbeitstätigkeit zugemutet werden könne, solange diese der körperlichen Beeinträchtigung angepasst sei. 3.2

Die aktuelle medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar: 3. 2. 1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, ersuchte mit Schreiben vom 10. März 2018 zusammen mit der Beschwerdeführerin um eine neue Beurteilung der gesundheitlichen Situation im Hinblick auf Berentung/Teilberentung (Urk. 8/104). Er diagnostizierte Folgendes: - Chronisches Panvertebralsyndrom mit vor allem myofaszialer Symptomatik, generalisierter Weichteilrheumatismus - Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) beidseits, Status nach Frozen

shoulder links 5/2009, persistierende Bewegungseinschränkung links mehr als rechts - Chronische mittelschwere bis schwere depressive Störung, Panikerkrankung, Chronischer Erschöpfungszustand mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit - Diabetes mellitus Typ II

Es bestehe trotz adäquaten Therapiemassnahmen (Physiotherapie, Analgetika, schon zweimal stationäre Schmerzprogramme, psychiatrische Therapie inklusive Medikamente) ein chronifizierter Zustand von Depression, Erschöpfung und Schmerzen. Für die Erledigung des Haushaltes brauche die Beschwerdeführerin Hilfe der Familienmitglieder, müsse immer wieder Pausen machen und abliegen. Wegen der Schulterbeschwerden seien Arbeiten über Schulterhöhe kaum möglich.

Da die Beschwerdeführerin schon mit der Haushaltsführung überfordert sei, sei eine ausserhäusliche Tätigkeit nicht realistisch und zumutbar, insbesondere auch wenn man sich Arbeiten vor Augen halte, die eine Hilfsarbeiterin ohne berufliche Ausbildung theoretisch überhaupt machen könne, wie Reinigung oder Fabrikarbeiten mit Montagearbeiten in monotoner Tätigkeit. 3.2 .2

Dr. A.\_\_\_\_ hielt in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 31. Oktober 2018 als zusätzliche Diagnosen (1) rezidivierende Analfissuren, Status nach diversen Therapien, Status nach Operation März 2011 und (2) generalisierte Arthralgien und Myalgien bei generalisiertem Weichteilrheumatismus fest (Urk. 8/117/7).

Sie sei aktuell nicht berufstätig. Als Hausfrau sei sie überfordert und brauche Unterstützung durch die Familie. Er sehe aktuell kein Potential zur Eingliederung. Aus seiner Sicht sei eine ausserhäusliche Tätigkeit nicht zumutbar. 3. 2. 3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem von der Beschwerdeführerin eingeholten Bericht vom 15. November 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/118): - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), seit 1999 - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), seit Kindheit - Rezidivierende depressive Störung, zur Zeit leichtgradige Episode (ICD-10 F32.01), seit Anfang 2009

Sie behandle die Beschwerdeführerin seit Januar 2005. Der Zustand sei seit Jahren praktisch unverändert mit leichten Schwankungen. Es liege eine hohe körperliche Anspannung, Ein- und Durchschlafstörungen, eine ausgeprägte Reizbarkeit, tägliche Panikattacken und eine Konzentrationsstörung vor.

Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, allseitig orientiert. Es bestehe eine ausgeprägte physisch-psychische Anspannung, sie rede ununterbrochen sehr laut und die Konzentrationsstörungen seien im Gespräch auffallend (Fragen müssten oft wiederholt werden). Die Stimmungslage sei ängstlich-agitiert, ihre Gedanken kreisten um die schwierige finanzielle Lage der Familie, die teils vom Sozialamt abhängt. Anhaltspunkte für wahnhaftige Gedankeninhalte, Wahrnehmungsstörungen sowie Zwänge oder Identitätsstörungen bestünden keine.

Die Prognose sei sehr schlecht, da seit Jahren eine praktisch unveränderte Symptomatik vorliege.

Die Haushaltsarbeit könne sie immer nur mit langen Ruhezeiten zwischen den einzelnen Arbeiten erledigen. Funktionell sei sie durch ein stark vermindertes Energieniveau infolge der chronischen Angstspannung, eine Konzentrationsstörung mit fehlerhaftem Arbeiten und eine schnelle Erschöpfung eingeschränkt. Ressourcen seien ihr keine bekannt.

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Dezember 2018 folgendes (Urk. 8/131): - PHS tendopathica rechts - pathologisches Bewegungsmuster scapulothorakal - sekundär tendomyotisches

Cervicobrachialsyndrom (CBS)

Die Beschwerdeführerin berichte über Schulterschmerzen rechts, die seit langem bekannt seien. Zusätzlich leide sie unter Schmerzen im Nacken-/Schultergürtel sowie dann schnellende Finger. Betroffen seien vorab der Mittel- und der Ringfinger rechts.

Dr. C.\_\_\_\_ führte am 10. Dezember 2018 eine Sonographie der rechten Schulter durch. Er konstatierte, dass die Hauptursache der Schulterschmerzen rechts ein pathologisches Bewegungsmuster bei Fehllage mit Kopf-/Schulterprotraktion, allgemeiner Deconditioning-Symptomatik und mangelnder glenohumeraler Zentrierung sei. Klinisch und sonographisch fänden sich keine Hinweise für eine Läsion der Rotatorenmanschette, keine Bursitiden und keine Kalkdepots. Unabhängig davon bestünden Symptome einer Tenosynovitis

stenosans, betroffen seien die Beugesehne III und IV rechtsbetont. Therapeutisch erfolge eine subacromiale Mischinfiltration mit Triamject. Die Beschwerdeführerin werde über einen möglichen Blutzuckeranstieg informiert. Darüber hinaus werde sie zu einer ambulanten Physiotherapie überwiesen.

Vorab zu prüfen ist, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt (vgl. E. 2.2).

Aus somatischer Sicht liegen aktuell die Berichte von Dr. A.\_\_\_\_ sowie von Dr. C.\_\_\_\_ vor. Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich vor, dass sich der somatische Zustand verschlechtert habe.

Dr. A.\_\_\_\_

qualifiziere insbesondere die multilokulären Schmerzen als chronifiziert. Darüber hinaus diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ an der rechten Schulter eine PHS tendopathica sowie eine Tendosynovitis

stenosans der Beugesehnen III und IV rechts. Im Y.\_\_\_\_ -Gutachten sei lediglich von einer Einschränkung der linken Schulterfunktion ausgegangen und der somatoformen Schmerzstörung und dem Weichteilrheumatismus sei im Lichte der damaligen Rechtsprechung kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen worden. Die Situation habe sich allerdings chronifiziert und es seien neue Befunde hinzugekommen, womit eine Veränderung des Gesundheitszustandes vorliege (vgl. Urk. 1). 4.1.2

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevant ist jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der letztmaligen materiellen Prüfung, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E.2.2).

Vergleicht man den Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 27. November 2010 mit dem Bericht von Dr. A.\_\_\_\_

vom 10. März 2018, fällt auf, dass keine neuen Diagnosen hinzugekommen sind. So diagnostizierte Dr. A.\_\_\_\_ bereits im November 2010 eine PHS beidseits (Urk. 8/74), durch welche die Beschwerdeführerin beidseits eingeschränkt sei.

Hinzu kommt, dass auch der rheumatologische Gutachter des Y.\_\_\_\_ bezüglich der rechten Schulter bereits Beschwerden erhob und berücksichtigte: Die Beschwerdeführerin gebe jeweils Endphasenschmerzen beim Prüfen der gesamten Schultergelenkfunktionalität der rechten Schulter an (Urk. 8/79/33). Es bestehe als Sekundärererscheinung und im Rahmen einer Überlastung vor allem der rechten oberen Extremität sowie auch der rechten Schulter eine objektivierbare Tendinitis der langen Bicepssehne mit entsprechenden Endphasenschmerzen, während keine Hinweise auf ein Impingement oder eine anderweitig relevante Rotatorenmanschettenschulterpathologie vorliege (Urk. 8/79/37).

Dem entsprechen im Wesentlichen auch die aktuellen Ausführungen von

Dr. C.\_\_\_\_, welcher konstatierte, dass die Hauptursache der Schulterschmerzen rechts ein pathologisches Bewegungsmuster bei Fehlhaltung mit Kopf-/Schulterprotraktion, allgemeiner Deconditioning-Symptomatik und mangelnder glenohumeraler Zentrierung sei. Klinisch und sonographisch gebe es keine Hinweise für eine Läsion der Rotatorenmanschette, für eine Bursitis oder Kalkdepots (Urk. 8/131).

Aufgrund der vorliegenden Arztberichte ist damit von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand in Bezug auf die rechte Schulter auszugehen. 4.1.3

In Bezug auf die Tenosynovitis

stenosans Beugesehne III und IV, welche von Dr. C.\_\_\_\_ diagnostiziert wurde, ist festzuhalten, dass sich Dr. C.\_\_\_\_ nicht dazu äußerte, ob dies funktionelle Auswirkungen nach sich ziehe (vgl. E.

3.2.4). Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte diese Beschwerden nicht in seinen aktuellen Berichten (vgl. E. 3.2.1 und E. 3.2.2). Darüber hinaus wurden Schmerzen in der rechten Hand bereits im rheumatologischen Gutachten des Y.\_\_\_\_ erhoben und berücksichtigt: Die Beschwerdeführerin gebe Endphasenschmerzen sowohl in Dorsal- wie auch Palmarflexion des Handgelenkes an, dies ohne Funktionseinschränkung. Bei den Fingergelenken bestehe eine Druckdolenz isoliert über dem PIP-Gelenk III rechts und eine Druckdolenz über dem

corp o radialen Übergang rechts. Insgesamt seien keine Synoviten oder Tenosynoviten fassbar ( Urk. 8/79/34).

Damit begründet diese Diagnose keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes - dies umso mehr, als die Tenosynovitis

stenosans therapierbar ist und damit nicht überwiegend wahrscheinlich einen langanhaltenden i nvaliden versicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden zu begründen vermag (vgl . hierzu Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 1 8. September 2019, Urk. 8/137/4). 4 .1.4

Dr. A.\_\_\_\_ führt des Weiteren aus, dass ein chronifizierter Zustand von Depres sion, Erschö p f ung und Schmerzen bestehe . Die Beschwerdeführerin brauche für die Erledigung des Haushaltes Hilfe der Familienmitglieder, müsse immer wieder Pausen machen und abliegen ( Urk. 8/104). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung auch den psychischen Gesundheitszustand mit berücksichtigte, wozu er als Allgemeinmediziner in fachlicher Hinsicht nicht berufen ist.

Des Weiteren ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4 .2

Zu klären bleibt, ob sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerde führerin wesentlich verändert hat.

Im Bericht vom 3. Dezember 2010 diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_

( 1) eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), (2) eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und (3) eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige de pressive Episode mit somatischem Syndrom mit Auswirkungen auf die Arbeits fähigkeit ( Urk. 8/75). Seit ihrem letzten Bericht vom 3. November 2008 habe sich der Zustand verschlechtert, es gebe immer wieder hoch agitiert depressive Phasen, was zu einer Kurzhospitalisation im November 2008 geführt habe. Die Beschwer deführerin sei nicht belastbar, reagiere auf nur geringe Stressoren mit Agitation und Verzweiflung. Sie sei voll arbeitsunfähig.

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde die rezidivierende depressive Störung als zurzeit leicht beurteilt (ICD-10 F33.0) und zusätzlich zur Panikstörung und Angststörung wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als auch akzentuierte Persönlichkeitszüge vom kindlich affektgesteuerten, ängstlich ver meidenden Typ diagnostiziert ( Urk. 8/79/51).

Im aktuellen Arztbericht notierte Dr. B.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen wie im letzten Bericht vom 3. Dezember 2010, beurteilte allerdings die rezidiverende depressive Störung als zurzeit leichtgradige Episode. Sie hielt fest, dass die Beschwerde führerin seit Jahren an Panikattacken, einer generalisierten Angststörung sowie rezidivierenden Depressionen leide. Der Zustand sei seit Jahren praktisch unver än dert mit leichten Schwankungen ( Urk. 8/1 18; vgl. E. 3.2.3 ). Dass ein im Wes entlichen unveränderter Zustand vorliegt, geht auch aus dem Vergleich der je weils attestierten funktionellen Einschränkungen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeit aus: Dr. B.\_\_\_\_ notierte in beiden Berichten identisch, dass ein (stark) vermindertes Energieniveau infolge der chronischen Anspann ung vorliege und die Beschwerdefüh rerin unter Konzentrationsstörungen mit fehlerhaftem Arbei ten leide und

schnell erschöpft sei (vgl. Urk. 8/75/2; Urk. 8/118/4).

Aus psychiatrischer Sicht ist demnach von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen. 4.3

Zusammenfassend liegt keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes vor, so dass keine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Neuprüfung des Rentenanspruchs

vorzunehmen ist (vgl. E. 2.2). 5.

Nebst einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes kann auch eine andere Art der Bemessung der Invalidität einen Revisionsgrund darstellen (vgl. E.

2.2.3). 5.1

Im Haushaltsabklärungsbericht vom 15. Dezember 2009 führte die Abklärungsperson aus, dass die Beschwerdeführerin schildere, dass sie weiter gearbeitet hätte, wenn sie gesund wäre. Sie habe jeweils am Abend gearbeitet, damit sich ihr Ehemann um die Kinder kümmern können. Ohne gesundheitliche Beeinträchtigung würde sie heute 50 % arbeiten. Die Einnahmen des Ehemannes würden nur knapp reichen, um den Lebensunterhalt der Familie zu bestreiten. Sie hätten immer wieder finanzielle Schwierigkeiten. Sie betone, dass sie aus wirtschaftlichen Gründen 50 % arbeiten würde. Die Kinder seien nun auch in einem Alter, in welchem sie mal gut für einige Stunden allein gelassen werden könnten. Die Abklärungsperson konstatierte dazu, dass die Kinder 14- und 11-jährig seien und noch die Schule besuchten. Somit widerspreche sich die Beschwerdeführerin im Vergleich mit den Angaben im Vorbericht. Es sei jedoch nicht ungewöhnlich, dass Mütter mit Kindern in diesem Alter das Pensum weiter steigern würden. Sie schildere die finanziellen Engpässe der Familie glaubhaft. Entsprechend könne davon ausgegangen werden, dass sie ab dem Schuljahr 2008/2009 das Pensum gesteigert hätte (Urk. 8/47/3).

Anlässlich der Haushaltsabklärung vom 6. Februar 2019 gab die Beschwerdeführerin an, dass sie heute bei guter Gesundheit in einem 100%-Pensum arbeiten würde als Raumpflegerin, sie habe sich jedoch seit 2004 nicht mehr intensiv nach einer Stelle umgesehen. Die Abklärungsperson führte in der Folge aus, dass dieser spontanen Angabe nicht gefolgt werden könne. Hätte die Beschwerdeführerin wirklich einer Erwerbstätigkeit aus finanziellen Gründen nachgehen müssen, hätte sie das bereits

in früheren Jahren bzw. spätestens ab dem Jahr 2012 realisieren und umsetzen können, indem sie nach einer geeigneten Stelle gesucht hätte, was sie nicht gemacht habe. Entsprechend könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie auch heute ohne Gesundheitsschaden in keinem höheren Pensum tätig sein würde, womit sich keine Änderung der Qualifikation ergebe (Urk. 8/124/5). 5.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen insbesondere vor, dass sie vor Geburt der Kinder und vor Beginn der Beschwerden voll gearbeitet habe und zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung bereits seit 8 Jahren abwesend vom Arbeitsmarkt gewesen sei. Das Gesuch um Hilfe bei der Eingliederung sei abgewiesen worden, so dass die erfolglos gebliebene Stellensuche nicht erstaunlich sei. Des Weiteren habe sie sich bemüht, eine Stelle zu finden und wäre heute auch aus finanzieller Sicht gezwungen, voll zu arbeiten (Urk. 1). 5.3

Aus dem Auszug aus dem individuellen Konto vom 9. September 2019 geht her vor, dass sie zuletzt im Jahr 2004 einer Tätigkeit nachgegangen ist ( Urk. 8/1 30). Seit dem Jahr 2012 wird die Beschwerdeführerin vom Sozialamt unterstützt ( Urk. 11).

In den Monaten Dezember 2012 und Januar 2013 besuchte die Beschwerdeführerin zwei Kurse im Rahmen der Stellensuche ( Urk. 3/4-5). Des Weiteren reichte die Beschwerdeführerin die Nachweise der persönlichen Arbeitsbemühungen für Dezember 2012 und Januar bis März 2013 ein ( Urk. 3/6).

Seit April 2013 liegen keine Nachweise irgendwelcher Arbeitsbemühungen mehr vor. Dafür, dass sie sich nicht weiter aktiv bemüht hat, spricht auch, dass der Lebenslauf im Jahr 2013 erstellt und - soweit ersichtlich - danach nicht mehr aktualisiert wurde (vgl. Urk. 3/3).

Dass die Beschwerdeführerin heute einer vollen Arbeitstätigkeit nachgehen würde, ist unter Berücksichtigung der vorliegenden Unterlagen nicht überwiegend wahrscheinlich: Trotz der finanziellen Abhängigkeit vom Sozialamt seit September 2012 und den in diesem Zeitpunkt bereits rund 17- und 14-jährigen Kindern (vgl. Urk. 8/1) versuchte die Beschwerdeführerin - soweit dies aus den Akten ersichtlich ist - nur bis März 2013 ihre Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Weitergehende Bemühungen tätigte sie in den darauffolgenden Jahren nicht mehr, obwohl die Kinder mittlerweile erwachsen sind. 6 .

Nach dem Gesagten erweist es sich als rechtens, dass die Beschwerdeführerin eine erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes sowie eine Veränderung der Statusfrage bzw. Bemessungsmethode und infolgedessen eine umfassende Neuprüfung und damit auch einen

Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat.

Von weiteren Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten

ist. Die Beschwerde ist demnach vollumfänglich abzuweisen. 7 .

7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

**E. 7**

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-141), worüber die Beschwerdeführerin am 25. Mai 2020 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 12). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:  
1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass aus medizinischer Sicht im Vergleich zur Verfügung vom 7. September 2012 keine neuen Diagnosen, Befunde und Behandlungen vorlägen. Vom behandelnden Arzt werde eine seit Jahren unveränderte Symptomatik festgestellt. Betreffend Qualifikation sei eine Abklärung durchgeführt worden. Da die Beschwerdeführerin seit 2012 keine geeignete Stelle in

einem vollen Pensum gesucht habe, hielten sie an der bisherigen Qualifikation 50 % erwerbstätig und 50 % im Haushalt tätig fest. Damit bestehe ein unveränderter Sachverhalt und das Leistungsbegehren sei abzuweisen ( Urk. 2).

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe. So seien weitere objektivierbare Befunde hinzugekommen und der psychiatrische Gesundheitszustand habe sich weiter chronifiziert. Da eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes vorliege, sei eine neue umfassende Abklärung durchzuführen. Hinzu komme, dass sich auch die Qualifikation verändert habe. Die Ausführungen der Beschwerdeführerin, es wäre der Beschwerdeführerin möglich gewesen, eine geeignete Stelle zu suchen, schlugen fehl - aufgrund ihres psychiatrischen Störungsbildes sowie der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sei nicht erstaunlich, dass die Stellensuche über die Arbeitslosenversicherung erfolglos geblieben sei. Sie wäre heute auch aus finanziellen Gründen gezwungen, im Gesundheitsfall wieder 100 % zu arbeiten, da das Ehepaar seit Jahren von der Sozialhilfe abhängig sei und die Kinder erwachsen seien. Entsprechend sei auch ein neuer Einkommensvergleich durchzuführen ( Urk. 1).

2.

#### **E. 8**

00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 7.2

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist die Beschwerdeführerin bedürftig ( Urk.

#### **E. 11**

). Antragsgemäss (Urk. 1) ist ihr deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Da zudem die anwaltliche Vertretung der Beschwerdeführerin gerechtfertigt war, ist ihr Rechtsanwältin Yolanda Schweri als unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen. Eine Honorarnote wurde nicht eingereicht, womit - wie mit Verfügung 25. Mai 2020 (Urk.

#### **E. 12**

) mitgeteilt - die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen ist. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ist eine Entschädigung in Höhe von Fr. 1'800.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen.

Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann sie das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst, In Bewilligung des Gesuchs vom 23. März 2020 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Yolanda Schweri, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse

genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Yolanda Scheri, Zürich, wird mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Scheri - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstCasanova

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.